N° 52 24 DÉCEMBRE 1905 Tome XXII

MONTPELLIER MÉDICAL

Journal Hebdomadaire paraissant tous les Dimanches

LA CONCEPTION ACTUELLE DES TUMEURS A TISSUS MULTIPLES

EMBRYOMES, TÉRATOMES

Par le Docteur **FORGUE**

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Médecine de Montpellier

---

1° Définition. — Ce groupe de tumeurs se différencie par les caractères suivants : 1° elles résultent de la combinaison de plusieurs tissus (*tumeurs complexes* de Quénu ; *tumeurs à tissus multiples* de Bard ; Mischeschwülste, des Allemands) ; 2° elles sont très souvent kystiques ou composées d'une partie kystique et d'une part solide ; 3° elles n'ont aucun rapport de structure avec les organes ou la région où elles siègent (*tumeurs hétérotopiques* de Delbet) ; 4° elles sont congénitales, apparaissant souvent chez le nouveau-né, et, même quand leur développement ne s'accomplit qu'à l'âge d'adulte, leur début remonte à la période fœtale, ce qui peut s'expliquer par une véritable monstruosité, d'où le nom de *tératomes* proposé par Virchow, applicable surtout aux tumeurs où se rencontrent des débris fœtaux organisés.

2° Anatomie pathologique. — Or, dans ce groupe, se classent des espèces diverses, relevant d'une pathogénie différente.

On peut y distinguer trois classes, dont la synthèse est assurément intéressante, mais dont les types anatomiques sont bien inégaux. Un premier ordre de faits comprend les *tumeurs mixtes simples*, « Mischgeschwülste ». Un second est composé par les *tumeurs tératoïdes*, dont nous distinguerons, avec Lexer, deux variétés : 1° les *kystes dermoïdes compliqués des glandes génitales*, « zystischen embryomen » de Wilms, *embryomes kystiques* ; 2° les *tumeurs mixtes tératoïdes*, « embryoïdien tumoren » de Wilms, *tumeurs embryoïdes* — Enfin, la troisième classe est représentée par les *tératomes* vrais.

Ainsi est constituée toute une série ascendante de tumeurs qui va depuis le type le plus complet, représenté par un fœtus plus ou moins avorté, véritable tératome, jusqu'à des formes où se reconnaissent encore des masses embryonnaires nettement caractérisées, et qui, à l'extrême limite de cette échelle, aboutit à des formations irrégulières, n'offrant plus de parties fœtales nettement reconnaissables, et ne justifiant un rapprochement avec les espèces précédentes que par la présence complexe et hétérotopique de tissus multiples inexistants dans la région où la tumeur s'est développée.

Faut-il conserver, dans ce groupe, cette forme simple et élémentaire représentée par le *kyste dermoïde* de la queue du sourcil, de l'orbite, de la face et du cou, des parois thoraciques et abdominales ; la structure en est simple : c'est un petit sac de peau, généralement sans papilles, ni glande sudoripare, inclus en plein tissu cellulaire, et développé sous l'aspect d'une cavité remplie de matière sébacée. — D'autres kystes ont une paroi dont la structure est celle d'une muqueuse : tels les *kystes mucoïdes* de la région cervicale. Avec Ribbert, nous pensons qu'il ne saurait être question, au sujet de ces formations rudimentaires, de

tumeurs complexes ou de tératomes. Il est intéressant de les rapprocher de ce groupe, puisqu'elles s'expliquent clairement par la *théorie de l'enclavement* et par le pincement du revêtement cutané au niveau des fentes embryonnaires. Mais leur composition ne suffit point pour les assimiler aux tumeurs complexes vraies, définies par la multiplicité de leurs tissus.

Le type de ces « Mischgeschwülste » est offert par les tumeurs des *glandes salivaires* (parotide et glande sous-maxillaire), par celles du système uro-génital (tumeurs rénales des jeunes enfants, tumeurs mixtes du vagin, du col utérin, de la vessie). Ces tumeurs sont remarquables par leur composition complexe. Aussi sont-elles envisagées et dénommées de façon différente, par les auteurs, selon l'élément qui prédomine ou qui s'est rencontré sur les parties examinées : adéno-myxo-sarcomes, quand se combinent les formations épithéliales et conjonctives ; chondro-myxomes, si du cartilage est trouvé avec le tissu muqueux ; cysto-sarcomes quand les formations kystiques l'emportent. Or, ainsi que Birch-Hirschfeld l'a fait pour les tumeurs du rein, il y a lieu de rattacher à un même groupement ces divers types histologiques, qu'un caractère réunit, la complexité des tissus composants. Et l'on s'aperçoit bien de cette complexité tissulaire, lorsqu'au lieu de borner l'examen à quelques points de la tumeur on procède à son étude détaillée, sur tous les points : comme l'a dit Wilms, l'obscurité en cette question tient, pour une grande part, aux vices de la méthode d'examen.

Les *tumeurs tératoïdes* offrent deux types : 1° les *kystes dermoïdes, compliqués, de l'ovaire et du testicule, embryomes kystiques* de Wilms ; 2° les *tumeurs mixtes tératoïdes, tumeurs embryoïdes* de Wilms. La première classe se compose de formations, ordinairement bénignes, se distinguant des dermoïdes ordinaires par la présence, en dehors des éléments

de la peau, poils et matière sébacée, de dents, de plaques osseuses, de tissus divers. — La seconde se distingue des tératomes par l'absence de parties embryonnaires arrivées à un haut développement et de la précédente espèce par la présence de tissus *dérivés des trois feuillets blastodermiques*, « tridermomes » de Wilms. Ces tumeurs mixtes tératoïdes se rencontrent surtout dans le testicule et, moins souvent, dans l'ovaire. Ce sont elles qui, partiellement étudiées, ont été décrites, pour le testicule principalement, sous les noms variés de cysto-sarcomes, chondro-adénomes, adéno-myxo-sarcomes, adéno-kystomes, kysto-carcinomes, selon la prépondérance du tissu rencontré au point examiné ; une étude totale de la pièce nous montre la complexité réelle : toutes ces tumeurs contiennent des produits des trois feuillets blastodermiques.

Viennent enfin, à l'extrême confin des tumeurs, les *tératomes*. Ils se distinguent des tumeurs mixtes tératoïdes par la présence de rudiments de membres, d'ébauches fœtales plus ou moins organisées (extrémités munies de doigts et d'orteils, anses intestinales avec leur mésentère, ébauches de poumons, de reins, de corps thyroïde, d'œil, de cerveau), et même de fœtus plus ou moins complet. Il faut reconnaître toutefois que ce dernier cas est exceptionnel : à propos des kystes dermoïdes de l'ovaire, Répin n'en cite que trois observations, l'une personnelle, les deux autres de Cruveilhier et d'A. Key ; et, encore, la tête est-elle réduite à un bloc informe, la colonne vertébrale sans netteté, et le parasite sans viscères, ni cœur. De même pour les tumeurs de la région sacro-coccygienne, lieu d'élection pour ces tératomes, il est à remarquer que les os sont ordinairement informes, que ce sont des analogies de configuration vagues qui les font décrire comme humérus, fémurs, côtes ou clavicules, que les extrémités articulaires sont rarement de type normal.

3° Pathogénie. — Quel que soit le type anatomique de ces formations, un fait commun les caractérise : la présence de tissus multiples étrangers à la région où la tumeur se développe. Cette *hétérotopie*, cette *complexité*, comment les expliquer?

I. *Théorie de l'enclavement.* — Au niveau d'une fente branchiale, un pli de peau s'invagine et se trouve pincé dans les tissus voisins : voilà une poche cutanée, ectopique, isolée en pleines parties molles. Cette « enclave » cutanée sécrète de la matière sébacée : ainsi se développe un kyste, de volume croissant, par accumulation du contenu. Même hypothèse est applicable aux kystes mucoïdes : le tégument interne, la muqueuse, peut être enclavé de la même façon que l'ectoderme. — Telle est la théorie de l'*enclavement*, formulée par Verneuil et développée par Remak : elle s'applique à tous les kystes dermoïdes simples des régions sternale, abdominale, sacro-coccygienne et périnéale et s'explique alors par une plicature de l'ectoderme, pendant l'évolution des lames ventrales ou dorsales.

On a voulu étendre cette théorie aux productions dermoïdes de l'ovaire ou du testicule : il se produirait une invagination ectodermique, au niveau de la région lombaire, qui ferait pénétrer le tégument jusque dans la masse embryonnaire mésodermique d'où naîtra l'appareil génito-urinaire. — Mais, comme l'objecte Mathias Duval, un enclavement ectodermique, s'il peut fournir des poils, des ongles, des glandes, et même des dents, s'il explique bien les kystes dermoïdes simples, à contenu pilo-sébacé, des fentes branchiales, ne serait pas en état de produire les tissus multiples qu'on rencontre dans les dermoïdes de l'ovaire et du testicule, et surtout n'expliquerait pas que ces productions tératoïdes prennent la forme d'organes déterminés (membres, tube digestif), et même d'embryons à peu près entiers.

II. *Théorie de la parthénogénèse.* — Pour ces cas, la théorie de la parthénogénèse, pressentie par Buffon, formulée par Waldeyer, est la plus vraisemblable ; et, comme le soutient Mathias Duval, elle peut être invoquée aussi bien pour les tératomes du testicule que pour les kystes dermoïdes de la glande femelle, puisque la glande génitale est primitivement hermaphrodite, c'est-à-dire qu'on trouve, dans le testicule embryonnaire, des ovules primordiaux, « eizelle », aussi bien que dans l'ovaire en voie de développement.

Sous le nom de parthénogénèse, on entend le développement de l'ovule en un embryon, sans intervention de l'élément mâle, sans fécondation. Chez les pucerons, ce mode de reproduction a été démontré par de célèbres expériences. Est-il possible que, chez les vertébrés supérieurs, la segmentation parthénogénétique puisse se poursuivre jusqu'à la production de rudiments embryonnaires, affectant la forme d'organes fœtaux plus ou moins reconnaissables ? Sans être directement démontrée, cette formation parthénogénétique explique clairement la complexité des tératomes du testicule et de l'ovaire, et leur développement habituel vers l'âge de vingt à trente-cinq ans, la parthénogénèse ayant lieu, comme le fait observer Mathias Duval, à l'époque où les ovules viennent à maturité.

III. *Théorie de l'inclusion fœtale.* — Fol a découvert que l'entrée de deux spermatozoïdes dans un œuf y détermine l'apparition de deux centres embryonnaires, et finalement un monstre double. Or, dans cette *diplogénèse*, il est toute une série de degrés, depuis les monstres doubles autositaires, dont le type le plus parfait est celui de jumeaux accolés, les frères Siamois par exemple, où les deux êtres de même âge, coexistent, jusqu'à l'ébauche très incomplète qui ne se manifeste que par une tumeur à débris fœtaux, dont un sujet est porteur.

Selon cette conception, formulée avec une grande ampleur philosophique par Geoffroy Saint-Hilaire, la tumeur est un parasite, frère, exigu et avorté, du sujet porteur, issu de la même fécondation double, non accolé à son jumeau, mais englobé à son intérieur : telle est la théorie de l'inclusion fœtale, théorie de l'implantation parasitaire, ou du « fœtus in fœtu ». Cette interprétation ne saurait évidemment convenir à un petit kyste dermoïde, qu'il est peu logique de considérer comme le représentant rudimentaire d'un individu distinct. Mais elle acquiert une réelle vraisemblance quand on l'applique à ces tumeurs des mâchoires, de la région sacro-coccygienne ou du scrotum, où l'on trouve des débris embryonnaires, des organes à l'état fœtal, enfermés dans le corps d'un autre individu.

Un argument à l'appui est fourni par Mathias Duval. Une pareille tumeur, formée par diplogénèse, est une véritable formation jumelle ; elle évolue parallèlement avec le sujet porteur : donc, elle doit manifester sa présence à une époque rapprochée de la naissance et son accroissement est limité aux premières années de celui-ci ; c'est-à-dire que les symptômes de l'inclusion fœtale s'observent exclusivement pendant le bas âge et l'enfance. Au contraire, un kyste dermoïde, dont le produit tératoïde est, selon la théorie de la parthénogénèse, non plus frère, mais fils du sujet porteur, se manifeste plus tard, de vingt à trente-cinq ans, dans la grande majorité des cas.

IV. *Théorie blastomérique.* — La théorie blastomérique, inaugurée par les recherches de Roux, développée par Bonnet en 1900, a été accueillie avec grande faveur en Allemagne, et Wilms, auquel l'étude des « embryomes », des « Mischgeschwülste » doit tant de lumières, s'y est rallié en abandonnant la théorie de la parthénogénèse.

Le point de départ de cette théorie se trouve dans les

expériences de Roux, sur l'œuf de la grenouille. Sous le microscope, Roux suivait la division d'un œuf immédiatement après sa fécondation et, à l'aide d'une fine aiguille, détruisait une partie déterminée de la blastula. Ayant détruit, après la première segmentation, l'un des deux blastomères, il constata que le blastomère restant donnait naissance, par la suite, non plus à un embryon entier, mais à un hémi-embryon. Il en concluait donc que, dès la première division de l'ovule, l'embryon était divisé en un demi-embryon droit et un demi-embryon gauche, que chaque division de la cellule primitive faisait une répartition déterminée des matériaux ovulaires, si bien que la formation de l'embryon pouvait être comparée à un travail de mosaïque. — C'était donner la preuve expérimentale de l'hypothèse de Bard, touchant la « cellule nodale » : l'histogénèse de l'embryon est caractérisée par des dédoublements successifs; les tissus de l'embryon peuvent être représentés selon cette dernière, par le schéma d'un arbre, dont le tronc unique se dichotomise en des rameaux et ramuscules, de sorte qu'à chaque division d'une branche, il existe une sorte de *point nodal* constitué par une cellule qui va se dédoubler; le tronc, les rameaux communs représentent les familles cellulaires complexes; ce n'est qu'à l'extrémité terminale des ramuscules que les variétés cellulaires sont définitivement séparées.

Les expériences de Roux, reprises par Hertwig, Schultze Morgan, n'ont point donné des résultats identiques. C'est ainsi qu'Hertwig, détruisant un des deux blastomères primitifs, a vu se former, au lieu d'un hémi-embryon, un embryon complet mais plus exigu que normalement. Schultze a vu évoluer un monstre double, par séparation des deux blastomères. Mais ces constatations ovologiques concordent à démontrer que tous les blastomères, fractions d'œuf, sont d'abord équivalents entre eux comme des pièces de mosaïque. Admettons que, dans la blastula, l'un s'enclave dans les

autres : évoluant pour son propre compte, il donnera naissance à un embryon imparfait, incomplet, inclus dans le corps de l'embryon à évolution normale; il fera un « embryome » à tissus multiples, et à organisation plus ou moins avancée.

LE MOIS MÉDICAL

(Novembre 1905)

A l'Académie de médecine. — M. A. Marie montre, contrairement à des notions admises jusqu'à présent, la fréquence de la paralysie générale chez les Arabes, en Egypte, et de la syphilis chez ceux-ci.

A l'Académie des Sciences — M. Delezenne fait une intéressante communication sur l'activation du suc pancréatique par les sels de calcium. D'après ses expériences, le suc pancréatique contiendrait une substance qui, sous l'influence du calcium, paraît se transformer en un agent doué des mêmes propriétés que la kinase du suc intestinal.

MM. Guillemard et Moog étudient l'influence des hautes altitudes sur la nutrition générale. Celle-ci se résume dans une diminution des oxydations avec rétention des éléments fixes. Mais cet effet n'est que passager : au bout de quatre à huit jours, tout revient à la normale.

M. Paulesco montre que la rate n'exerce aucune influence sur la sécrétion biliaire

A la Société de Biologie. — MM. Netter et Ribadeau-Dumas font neu série de communications sur les affections paratyphoïdes dont la fréquence est évidemment beaucoup plus grande qu'on ne le pense généralement. Ces auteurs montrent le rôle pathogène joué par certains bacilles paratyphiques dans l'étiologie des ictères fébriles et ils étudient les variations des agglutinations spécifiques

chez les typhiques et les paratyphiques. Les agglutinations permettent seules de faire le diagnostic, mais n'ont de valeur que si on en fixe la limite de production.

MM. Jacquepée et Chevrel cherchent à établir la différenciation du bacille typhique et des bacilles paratyphiques par le moyen des réactions colorantes observées dans les cultures faites sur des milieux métalliques, renfermant des tartrates de fer et de potasse, de sous-acétates de plomb, de nitroprussiate de soude, etc.

MM. Roger et Garnier étudient la toxicité du contenu intestinal. Celle-ci est très forte et varie de 3 à 5 cent. cubes de contenu par kilogramme d'animal.

M. Roger a isolé dans l'intestin un ferment qu'il appelle la *mucinase* et qui jouit de la propriété de coaguler le mucus intestinal Ce ferment doit jouer un rôle dans la production de l'entérite muco-membraneuse

MM. Burnet, Vincent, Levaditi et Manouelian ont étudié la répartition du spirochœte pallida dans les coupes de chancre syphilitique. Le parasite, rare à la surface de l'ulcération, est beaucoup plus abondant dans la région papillaire du derme et dans le derme, au niveau des scléroses et des lésions d'artérite qui caractérisent le chancre et son induration.

M. Linossier présente quelques remarques sur la toxicité des œufs, qui ne se manifeste d'ailleurs que chez un certain nombre de sujets prédisposés. Il rapproche cette action toxique de celle des substances urticariantes.

M. Loisel attribue cette toxicité à la présence de névrine ou de toxalbumines dans les substances ovulaires.

A la Société médicale des hôpitaux. — M. Le Gendre cite une observation de péritonite sous-hépatique subaiguë qui a donné naissance à un double syndrome de colique hépatique et de crise appendiculaire. Cette observation vient étayer de façon très sérieuse l'opinion de M. Tripier, qui fait de la colique hépatique un phénomène traduisant en général l'inflammation de la séreuse péritonéale.

MM. Rénon et Tixier reconnaissent l'action manifeste de la radiothérapie dans la leucémie. L'état général s'améliore, le nombre des lymphocytes diminue, la splénomégalie et les masses ganglionnaires se résolvent. Mais la persistance de la température, la diminution du nombre des hématies et de l'hémoglobine leur paraissent constituer des signes pronostiques extrêmement graves.

M. Sicard cite un cas de récidive très précoce de fièvre typhoïde, survenue trois mois après la guérison d'une fièvre typhoïde légitime.

M. Dufour présente un jeune homme de vingt-cinq ans, porteur, au niveau de la cuisse, d'une plaque de dermite douloureuse qui paraît être sous la dépendance d'une myélite chronique en voie d'évolution.

MM. Raymond et Sicard ont observé, dans la convalescence d'une fièvre typhoïde, une épidurite purulente lombaire à bacilles d'Eberth, chez un homme ayant présenté une paraplégie progressive, ayant débuté dans un membre inférieur pour gagner lentement le côté opposé. La ponction lombaire ayant démontré la présence du foyer purulent, celui-ci fut ouvert chirurgicalement, après une laminectomie. La guérison fut complète.

M. J. Voisin rapporte plusieurs cas de bromisme, dont un mortel, survenus au cours de la cure de déchloruration chez les épileptiques qui avaient maintenu le taux du bromure antérieur à la déchloruration.

M. Thibierge fait une communication des plus intéressantes sur l'amélioration marquée qu'il a obtenue à la suite de ponctions lombaires dans un certain nombre de dermatoses prurigineuses : psoriasis avec prurit très intense ; lichen plan ; lichen circonscrit, etc. Ceci montre bien les relations existant entre ces dermatoses et les lésions du système nerveux.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

—

Séance du 24 novembre 1905

(SUITE ET FIN)

Rupture spontanée de l'utérus gravide

Par M. Devèze, Interne des Hôpitaux.

M. P., 30 ans, épouse D., baladeuse, demeurant à Montpellier, entre à la maternité le 7 août 1905.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'infection puerpérale. Père, deux frères et une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels. — a) *Généraux.* — A été nourrie au sein, a marché à un an. Rougeole dans la première enfance.

b) *Génitaux.* — Réglée à 17 ans, régulièrement tous les vingt-cinq jours, quatre, cinq jours, abondamment.

Premier coït à 20 ans. Première grossesse, neuf mois après. Accouchement à terme, sans incidents. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse à 23 ans, troisième à 26 ans, quatrième à 28 ans, toujours dans de bonnes conditions. Cinquième grossesse à 29 ans terminée par un avortement à cinq mois : enfant vivant qui a succombé quelques minutes après l'expulsion. Cet avortement fut le point de départ d'une métrite hémorragique pour laquelle on pratiqua un curettage.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles ont apparu du 27 au 30 novembre. Premiers mouvements actifs en mai. Légers troubles de toxémie consistant seulement en bourdonnements d'oreilles et crampes dans les jambes. Pas de signes de spécificité.

Examen direct. — Rien de spécial à noter à l'inspection, qu'une éventration assez marquée. A la palpation, on trouve un utérus à huit travers de doigt au-dessus de l'ombilic, avec un excès de liquide amniotique. Le siège est en bas, la tête en haut, le dos à gauche. Petits membres à gauche.

Les bruits du cœur s'entendent au maximum à gauche, au voisinage de l'ombilic.

Le toucher permet de sentir un col ayant toute sa longueur, ramolli, fendu à gauche. Les orifices sont ouverts, le segment inférieur mince. Mme Gaussel, chef de clinique, sentit une partie assez dure, irrégulière, qu'elle suppose être le sacrum, ou un ischion.

Donc à ce moment on se trouve en présence d'un siège non engagé, en position gauche.

Nous devons noter des modifications successives de présentations survenues après ce premier examen.

Le 7 août, nous avions un siège en droite.

Le 9 août, nous avions un siège en gauche.

Le 20 août, nous avions une acromio iliaque droite en dorso-antérieure.

Version par manœuvres externes et transformation en O. I. D. T. Ceinture eutocique.

Le 22 août, malgré la ceinture, nous avions une S. I. G.

Le 26, malgré la ceinture, O. I. D. T.

Le 29, malgré la ceinture, O. I. G. T.

Enfin, le 1er septembre, la tête s'engageait en droite postérieure.

Marche du travail. — Les premières douleurs commencent le 4 septembre 1905, à 6 heures du matin, et persistent toute la journée, faibles et espacées.

Le 5 septembre, à 7 heures du matin : rupture prématurée des membranes. D., 2 fr. Léger écoulement sanguin.

A midi, D., 5 fr.

A 12 heures 35, D., = complète. On a un sommet en droite transverse.

A 1 heure 30, la tête a tourné en occipito-sacrée.

A ce moment la femme accuse une très vive douleur dans la fosse iliaque gauche avec sensation de malaise, d'angoisse même. Le facies est absolument exsangue, les lèvres décolorées. Pouls petit, battant à 140 pulsations à la minute, sueurs froides. Pas d'écoulement sanguin par la vulve, la tête faisant bouchon. Ce tableau dramatique fait songer d'emblée à une hémorragie interne.

On fait immédiatement une application de forceps en O. S. et en même temps une injection de sérum strychniné. On n'entend plus les bruits de cœur du fœtus.

Dès la fin de l'expulsion, de nombreux caillots sont évacués de la cavité utérine. Le pouls devient de plus en plus misérable. La malade, complètement obnubilée, déclare qu'elle va mourir. Sans tarder, on fait une délivrance artificielle. On ramène le placenta avec les membranes déchirées. On introduit alors à nouveau la main dans la cavité utérine pour ramener ce qui manque. Mais on s'aperçoit alors que la main se promène librement dans le péritoine, au milieu des anses intestinales. Le diagnostic de rupture utérine était plus qu'évident.

Immédiatement on fait tout préparer pour une laparotomie et, en l'absence de M. le professeur agrégé Guérin-Valmale, chargé du service, on prévient M. le professeur agrégé Puech et Mme Gaussel, chef de clinique.

Le pouls devient de plus en plus incomptable, et au moment de l'arrivée de M. Puech, à 2 heures 45, il n'est plus perceptible. La femme, posée sur la table d'opération, est rapidement préparée, pendant que M. Puech s'aseptise. Toujours pas de pouls radial, mais le cœur bat. Sur l'invitation de M. Puech, non encore prêt, je

commence la laparotomie, tout à fait *in extremis*. Dès l'ouverture du péritoine, du sang liquide s'écoule en abondance, au milieu de nombreux caillots. M. Puech saisit alors le fond de l'utérus à l'aide d'une pince de Museux pour le ramener au dehors. A ce moment, la femme opérée, bien entendu sans anesthésie, cesse de respirer ; plus de battements cardiaques. On enlève l'utérus et les annexes pour se rendre compte des lésions anatomiques de l'organe.

Examen macroscopique de la pièce. — Annexes saines. — Utérus fortement contracté. Sur le bord gauche de l'organe, occupant une étendue de dix centimètres, on constate une déchirure linéaire. Le ligament large du même côté porte, au niveau de l'aileron moyen, une déchirure rectiligne, longue de cinq centimètres et suivant la direction de la trompe. Dans l'épaisseur de l'aileron moyen, on aperçoit la section de trois vaisseaux, dont l'un d'assez fort calibre, comme faite aux ciseaux, normalement à l'axe.

Notre observation présente, au point de vue obstétrical, beaucoup de points intéressants. Nous ne retiendrons que ce qui a trait à la rupture utérine :

1° Comment expliquer cette rupture utérine ?

2° Par quel mécanisme la femme a-t-elle succombé ?

3° Quelle conduite fallait-il adopter si l'exitus ne s'était pas produit dès le début de l'opération.

Remarquons tout d'abord que, dans notre cas, comme c'est d'ailleurs la règle, la rupture siégeait exclusivement sur le segment inférieur et au niveau du bord gauche. Nous avons plus de raisons qu'il n'en faut pour comprendre la rupture de l'utérus :

a) Tout d'abord nous avons affaire à une grande multipare, puisque notre femme en était à sa sixième grossesse. La multiparité est un gros facteur qui suffit à expliquer l'affaiblissement progressif et même la dégénérescence hyaline des fibres musculaires de l'utérus.

b) En second lieu notre femme avait subi un curettage pour métrite hémorragique. N'est-ce pas là une cause de plus à invoquer en faveur de la diminution de résistance du myomètre ?

c) En outre, nous avions un utérus tendu, renfermant du liquide amniotique en excès, durant tout le cours de la grossesse. D'où pression plus considérable sur les parois de l'organe.

d) Le segment inférieur était mince et portait, sur le col, une déchirure à gauche. Ceci nous explique que la déchirure se soit

produite du côté gauche. Il y avait là une amorce, qui appelait, pour ainsi dire, la rupture.

e) Enfin, que penser de la rotation de la tête en occipito-sacrée ? Dans notre observation il semble que la rupture se soit produite au moment de la rotation. Mais nous pensons que la rotation en occipito-pubienne n'aurait pas empêché la rupture. Le dégagement de la tête en occipito-sacrée, chez les multipares, ne comporte pas, en effet, un pronostic défavorable pour l'enfant ni pour la mère.

Quant à la mort, elle était inévitable. Nous avions une rupture complète de l'utérus, intéressant les trois tuniques. L'hémorragie était due d'abord à la déchirure du segment inférieur lui-même et, en second lieu, à la section du pédicule vasculaire. Nous pensons que c'est surtout la rupture des vaisseaux du ligament large qui a saigné la femme en très peu de temps.

Comment traiter les ruptures utérines si l'on a la chance d'intervenir à temps ? Il va sans dire que les petits moyens qui consistent en tamponnement et application de glace sur le ventre sont absolument à rejeter. Ainsi que l'indiquent Sauvage [1] et Labosquière [2], après la série noire de Tarnier, il faut absolument intervenir par la voie abdominale. Et alors deux méthodes sont en présence qui reposent sur des statistiques insuffisantes à l'heure actuelle pour qu'on puisse préférer l'une à l'autre :

a) L'hystérectomie : 1° L'hystérectomie abdominale totale avec drainage vaginal ;

2° L'hystérectomie abdominale supra-vaginale suivant la méthode de Porro ou mieux suivant la technique de Hartmann [3].

b) Laparotomie simple suivie de suture : 1° Ce procédé, difficile à appliquer dans les cas de déchirure à bords contus, comporte de sérieux inconvénients. Il ne met pas à l'abri de l'infection péritonéale et expose à des ruptures lors de grossesses ultérieures (action rupturante des cicatrices, Zweifel).

Il semble donc que la méthode de choix soit l'hystérectomie. Dans le cas qui nous occupe, comme les délabrements étaient considérables, nous aurions volontiers donné la préférence à une hystérectomie abdominale totale suivie de drainage vaginal.

[1] Thèse, Paris, 1902. Anat. path. et trait. des ruptures utérines.

[2] Ann. de gyn. et d'obst., 1903.

[3] Ann. de gyn. et d'obst., 1901.

Mme Gaussel. — L'observation communiquée par M. Devèze est très intéressante, puisqu'il s'agit d'une rupture utérine (complication rare) dans le cours d'un accouchement banal et même rapide. Habituellement, on voit des ruptures utérines dans les accouchements laborieux soit à cause des présentations vicieuses (épaules, etc., etc.), soit à cause des obstacles maternels siégeant au niveau des parties osseuses (retrécissements du bassin) ou des parties molles du canal pelvigénital. Le mécanisme de ces ruptures n'est pas toujours le même : dans certains cas, on voit des ruptures par éclatement du segment inférieur; dans d'autres, elles se font par usure d'un point de la paroi utérine comprise entre un point osseux maternel (promontoire) et la partie fœtale. Mais dans les deux cas, la rupture se fait au niveau du corps utérin et n'intéresse pas le col. Il n'en est pas de même pour le cas de M. Devèze. La rupture siège sur le bord gauche du corps et du col utérin. Il est même fort probable qu'elle a débuté au niveau du col, et de là, s'est propagée sur le corps utérin Comme cause de cette rupture, je ne crois pas que nous puissions admettre, comme pense M. Devèze, une tension extrême de l'utérus. Il y a bien eu de l'hydramnios, mais les membranes se sont rompues précocement. Nous nous trouvons ici, comme cela se voit habituellement, en présence d'une grande multipare et, fait à souligner, d'une multipare aux grossesses très rapprochées (dans un an, nous l'avons vue deux fois à la Maternité). De plus, à son dernier accouchement, cette femme a présenté de l'infection, ayant nécessité un curettage, et il est fort probable que sa paroi interne est restée malade et n'avait plus la résistance normale pendant son dernier accouchement.

La rapidité même de la période de dilatation a pu favoriser la rupture du col au niveau d'une cicatrice ancienne signalée dans l'observation.

Séance du 1er décembre 1905

Présidence de M. Gilis.

Etaient présents : MM. Tédenat, Gaussel, Jacquemet, Rouvière, Riche, Rimbaud, Godlewski, Roger, Guiraud.

M. Godlewski communique, au nom de M. Gilis et au sien, une observation de sarcome mélanique sous-maxillaire.